Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 10 — 1er Février 1896. — 7 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

ABONNEMENTS :
Paris et Départements. . . . . 7 fr.
Étranger . . . . . 10 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION :
GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3, RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE
F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL
Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

DE LA PHLÉBITE VARIQUEUSE, par M. Ed. Schwartz 57

ANALYSES

Anatomie et Physiologie : Persistance de l'excitabilité dans le bout périphérique des nerfs après la section, par M. S. Arloing 58

Médecine expérimentale : Recherches expérimentales sur le pneumothorax, par M. Sackur 58

Médecine : Cas de mal perforant du pied d'origine traumatique, par M. Mikhaïloff. — Contribution à l'étude bactériologique des angines non diphtériques, par M. G.-H. Lemoine. — Influence favorable du pneumothorax sur la tuberculose pulmonaire, par M. G. Ianovsky. — Catarrhe de l'intestin et névrose de l'intestin, par M. R. von Engelhardt. — Quelques mots à propos de certaines complications de la grippe (arthrite, ostéo-périostite, méningite grippale), par M. G. Zelensky 58

Chirurgie : Quatre laparotomies pour péritonite tuberculeuse, par M. J. Israel. — Mort tardive après la chloroformisation, par M. Zoegg-Manteufel. — De la mort subite après la ponction lombaire, par M. le professeur Fürbringer 58

Rhinologie, Otologie, Laryngologie : Contribution à l'étude des tumeurs bénignes du voile du palais, par MM. Gouguenheim et H. Ripault. — Papillomes diffus sous-glottiques. Extirpation par la méthode endolaryngée, par M. Lacoarret 59

Sérothérapie, Opothérapie : Modifications provoquées dans le sang et dans quelques viscères de lapins par l'injection sous-cutanée de sérum antidiphtérique, par M. Kossorotoff. — Sérum anticharbonneux, par M. E. Marchoux 60

Médecine publique et hygiène : De la contagion par le livre, par MM. du Cazal et Catrin 60

Le Monument Pasteur XLIV
Les Étudiants étrangers XLIV

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société de chirurgie : Appendicite familiale, MM. Roucher, Jalaguier, Tuffier, Quénu, Berger. — Cancer de l'estomac. Gastroentérostomie. M. Quénu. — Ostéome du bassin, M. Delorme. — Grossesse extra-utérine, M. Bazy. — Diagnostic et traitement de la grossesse extra-utérine, M. Chaput. M. Bouilly. — Cholécystentérostomie, M. Chaput. MM. Quénu, Terrier. — Kyste hydatique du foie. Ponction. Infection autochtone secondaire, M. Quénu. — Lipome sous-péritonéal récidivé après une première ablation, M. Peyrot. — Nouveau procédé d'amputation de cuisse, M. Chaput. . XLV

Société médicale des hôpitaux : Ulcère gastrique avec tumeur volumineuse. Gastroentérostomie. Disparition des accidents et persistance de la tumeur, M. Chaput. — Appendicite expérimentale, MM. Roger et Josué. M. Rendu. — Des accidents causés par le streptocoque à la suite des injections de sérum de Roux. MM. Sevestre et Méry. M. Netter. — Sérothérapie par voie intestinale, M. Chantemesse. — Accidents consécutifs à une injection de sérum antidiphtérique, M. Le Gendre. MM. Gaucher, Chantemesse. — Présentation de malade, M. Rist XLVI

Société anatomique : Luxation de l'atlas sur l'axis, M. Morestin. — Fracture de cartilage costal, M. Morestin. — Abcès tuberculeux périarticulaire, M. Morestin. — Pneumothorax tuberculeux, M. Legrand. — Infection hépatique dans un cas de cirrhose, M. Auclair. — Endocardite ulcéreuse, M. Charles Lévy. — Petitesse du cœur, M. Lévy. — Kyste parovarien avec prolongement canaliculé, M. Legueu. — Ictère grave, MM. Létienne et Lévy XLVII

Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie : Du traitement de la syphilis par les injections hypodermiques, MM. Le Pileur, Fournier, Eudlitz, Barthélemy, Baudoin, Hallopeau, Feulard, Verchère, Abadie, de Beurmann, Jullien, Renaud, Gastou, Jacquet, Thibierge, Mauriac, Galezowski, du Castel, Wickham. XLVIII

Société médico-chirurgicale : Traitement de la syphilis de l'enfant par l'emplâtre au calomel de Quinquaud, M. H. Gillet XLIX

Sociétés étrangères : Allemagne, Autriche, Russie. XL

Répertoire thérapeutique XL

LE MONUMENT PASTEUR

Le Comité de patronage pour l'érection d'un monument à Pasteur, vient d'adresser au public scientifique l'appel qui suit :

« La ville qui a vu naître Pasteur, celle où il a passé sa jeunesse, d'autres villes, centres de régions qui ont bénéficié de ses découvertes, se proposent de lui élever un buste ou une statue, pour perpétuer dans leurs murs le souvenir d'un fils glorieux, ou reconnaître les services rendus aux industries locales.

Il nous a paru qu'en dehors de ces hommages si mérités, M. Pasteur devait avoir à Paris un monument, érigé au moyen d'une souscription internationale et destiné à rappeler, aux yeux de tous, Français et étrangers, les services que ses travaux ont rendus à l'humanité. Sa mémoire est de celles que tous les peuples peuvent célébrer d'un commun accord, car ils lui doivent des moyens de victoire et de lutte contre des ennemis communs : la maladie et la mort.

Tel est le sentiment qui a présidé à la formation du Comité de patronage. Ce Comité s'est réuni pour la première fois le mercredi 11 décembre, dans la Bibliothèque de l'Institut Pasteur, et a émis à l'unanimité le vœu que le monument de Pasteur s'élevât sur une des places de Paris.

Pour en couvrir les frais, une souscription publique est ouverte à Paris, rue Dutot, n° 25, par les soins d'une Commission composée des membres du Conseil de l'Institut Pasteur. Cette Commission a, en outre, mission de provoquer, en France et à l'étranger, la formation de Comités de patronage chargés d'organiser les souscriptions locales ou régionales.

Une Commission spéciale va s'occuper de suite d'élaborer un projet de monument, de chercher un emplacement et de s'entendre pour cela avec les pouvoirs publics.

Pour savoir quelle ampleur on donnera au projet, il est nécessaire de se faire une idée de l'importance que prendra la souscription. C'est au nom du Comité parisien que nous venons vous demander de contribuer à son succès dans la mesure que vous croirez possible, soit par votre action personnelle, soit par votre cotisation..... »

Les cotisations ne manqueront pas d'affluer de toutes parts, rue Dutot, et bientôt nous verrons s'élever, au centre de la Capitale, un monument digne de l'homme de génie qui fut la gloire de la France.

LES ÉTUDIANTS ÉTRANGERS

La question des étudiants étrangers est à l'ordre du jour. Les étudiants en médecine font à ce sujet une pétition générale qui a déjà réuni à l'École pratique de dissection plus de 800 signatures du jour au lendemain et a suscité parmi eux un véritable enthousiasme. Nous ne pouvons qu'approuver les termes et l'esprit dans lequel les étudiants font valoir leurs revendications.

« Loin de nous la pensée, disent-ils, de fermer la porte de nos Facultés aux étudiants étrangers ; plus la science française sera portée au loin, plus nous en serons fiers.

Mais les étudiants étrangers jouissent chez nous de faveurs vraiment excessives.

Outre nos obligations de citoyens français, telles que celle du service militaire, nous ne pouvons conquérir le titre de docteur en médecine qu'en passant par toute la filière des titres universitaires comme les baccalauréats. Les étrangers, au contraire, n'ont point ces obligations ; la plupart du temps, pour eux, les baccalauréats sont remplacés par des équivalences qu'ils obtiennent avec une facilité inouïe, ce qui n'empêche pas de les voir munis du même titre de docteur que les Français, avec le même droit d'exercer la médecine en France.

C'est pour remédier à cet état de choses véritablement injuste que : *nous soussignés, avons l'hon-*

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DÉSINFECTION
A DOMICILE
PAR LES VAPEURS D'ALDÉHYDE FORMIQUE
(Synonyme Formol)
SEULE CONCESSIONNAIRE
DES APPAREILS ET PROCÉDÉS TRILLAT
DÉPOSÉS ET BREVETÉS DANS TOUS PAYS
DIRECTION & BUREAUX :
21, rue Godot-de-Mauroi, Paris
S'y adresser pour recevoir notice et tous renseignements

VICHY-CÉLESTINS
Glycérophosphate de chaux Freyssinge.
DEPUIS QUATRE SIÈCLES : POUGUES est le souverain remède des Affections de l'Estomac.
HAMAMELINE-ROYA : Tonique vasculaire.
KOLA CHAPOTOT GRANULÉE

RUBINAT SOURCE LLORACH Le meilleur purgatif naturel.
BORICINE MEISSONNIER Antisepsie des muqueuses.
Herpétisme : GRANULES DE FOWLER.
Atonie de l'estomac : GRANULES DE BAUMÉ.
MÉTRITES : PÉRICOLS
OBJETS DE PANSEMENT DESNOIX
HAMAMELIDINE LOGEAIS
VIN GLYCOPHOSPHATÉ LANGLEBERT

neur de demander à Monsieur le Ministre de l'Instruction publique :

1° Qu'il soit exigé des étudiants étrangers les mêmes titres universitaires, acquis par les mêmes baccalauréats et examens, que ceux exigés des étudiants français pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine ;

2° Que les étudiants étrangers, qui n'auraient pas rempli ces conditions, ne puissent obtenir que des diplômes honorifiques, ne leur conférant pas le droit d'exercer la médecine en France. »

Voilà qui est nettement et simplement formulé. Les étudiants français demandent à être mis sur le pied d'égalité avec les étudiants étrangers ; il me semble que les Pouvoirs publics d'un pays soumis au régime démocratique ne peuvent qu'approuver ces sentiments égalitaires et accorder ce qui leur est si justement demandé. E. D L.

NOUVELLES

Cours pratique d'ophtalmologie. — Le Dr Rochon-Duvigneaud commencera ce cours pratique le *vendredi* 14 février à 5 heures du soir à l'hôpital Lariboisière.

Objet du cours. — Etude pratique de la réfraction. Ophtalmoscopie clinique. Exercices de chirurgie oculaire.

Les cours auront lieu les *lundi*, *mercredi* et *vendredi* de chaque semaine à 5 heures du soir. S'inscrire d'avance à Lariboisière.

Personnel médical des Asiles de la Seine.

Dépôt de la Préfecture de police.

M. le Dr Garnier. — *Internes* : Baruk, Couillaud.

Asile Sainte-Anne.

M. le Dr Magnan. — *Internes* : Iscovesco, Manheimer.
M. le Pr Joffroy. — *Chefs de cliniques* : Dr Toulouse. Dr Roubinovitch. — *Interne* : M. Antheaume.
M. le Dr Bouchereau. — *Internes* : Darin, Mérieux.
M. le Dr Dubuisson. — *Interne* : Naggar.

Asile de Villejuif.

M. le Dr Vallon. — *Internes* : Battier, Bargy.
M. le Dr Briand. — *Internes* : Cololian, Pélas.

Asile de Ville-Evrard.

M. le Dr Marandon de Montyel. — *Internes* : Béchet, Lalanne.
M. le Dr Febvré. — *Interne* : Proudon.
M. le Dr Legrain. — *Interne* : Truelle.

Asile de Vaucluse.

M. le Dr Taguet. — *Interne* : Janot.
M. le Dr Boudrie. — *Interne* : Batailler.
M. le Dr Blin. — *Interne* : Lelong.

Société de chirurgie. — Elections de quatre correspondants étrangers : Ont été élus MM. Bayer (de Prague), Mikulicz (de Breslau), Murphy (de Chicago), Ratimoff (de Saint-Pétersbourg).

Elections de trois correspondants nationaux : Ont été élus MM. Dubourg (de Bordeaux), Mignon (du Val-de-Grâce), Villar (de Bordeaux).

Séance annuelle. La séance annuelle aura lieu le mercredi 12 février.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

22 janvier 1896 (*suite*).

Appendicite familiale. — M. Routier. Je crois également, comme M. Brun, que l'appendicite est souvent une maladie héréditaire et familiale.

Je rapprocherai aussi de l'observation de M. Brun la suivante : il y a quinze ou seize jours, j'ai opéré un enfant qui ne présentait pour tout symptôme que quelques douleurs.

M. Jalaguier. J'ai opéré une petite fille atteinte d'appendicite avec péritonite généralisée diffuse. J'ai appris ensuite que deux enfants de la même famille avaient été également atteints d'appendicite perforante.

M. Tuffier. J'ai opéré une jeune fille de dix-huit ans qui a succombé à une péritonite diffuse compliquant une appendicite. Son père était mort un an avant dans les mêmes conditions.

J'ai connu également trois frères, dont deux ont succombé à une péritonite compliquant une appendicite, et dont le troisième a également eu des accidents.

M. Quénu. J'ai observé une appendicite sur un enfant de dix ans dont le frère était mort deux ou trois ans avant dans les mêmes conditions.

J'ai opéré encore il y a deux ans un enfant de sept ans dont le frère était mort d'appendicite.

M. Berger. J'ai opéré un homme de cinquante à soixante ans pour une appendicite perforante à laquelle il succomba. Le fils eut également une appendicite pour laquelle un autre chirurgien dut intervenir.

Cancer de l'estomac. Gastroentérostomie. — M. Quénu présente les pièces d'un cancer stomacal pour lequel **M. Sébileau** a pratiqué une gastroentérostomie. L'opération fut faite avec le bouton de Murphy. La branche mâle fut d'abord introduite dans la plaie stomacale, mais le blessé ayant eu à ce moment un effort de vomissement, elle pénétra dans la cavité stomacale, où elle fut laissée. On replaça un nouveau bouton. A l'autopsie, pratiquée trois mois plus tard, on ne découvrit pas la moitié du bouton qui avait dû être expulsée, mais le bouton entier fut retrouvé dans l'estomac.

M. Quénu insiste sur ce fait que la malade a eu des vomissements, bien que l'orifice de communication fût libre.

Ostéome du bassin. — M. Delorme montre un cavalier auquel il a extirpé, il y a un an et demi, un ostéome développé au niveau de la réunion de la branche ascendante de l'ischion et descendante du pubis. L'ostéome était survenu à la suite d'une rupture musculaire et paraissait, à l'examen clinique, siéger dans le moyen adducteur.

Actuellement, il existe encore au niveau de son point d'implantation une petite induration, et on trouve du côté opposé, à la même place, un petit nodus osseux.

Grossesse extra-utérine. — M. Bazy montre un fœtus de cinq mois provenant d'une grossesse extra-utérine rompue dans le ventre et pour laquelle il pratiqua une laparotomie.

Diagnostic et traitement de la grossesse extrautérine. — M. Chaput. Le diagnostic de l'hématocèle est souvent difficile.

Dans une de mes observations, la malade présentait une tuméfaction mate remontant à l'ombilic, avec une masse énorme dans le cul-de-sac de Douglas, de la douleur et une fièvre intense ; je diagnostiquai un pyosalpinx avec péri-péritonite ; c'était une hématocèle.

Inversement, j'ai opéré ce matin une femme qui avait présenté à l'occasion du coït des douleurs violentes avec pertes : tumeur unilatérale, expulsion de caduque, utérus allongé et apyrexie complète ; je portai le diagnostic d'hématocèle ; la ponction vaginale révéla un pyosalpinx.

On peut arriver à un diagnostic approximatif en se basant sur les signes suivants :

1° Début brusque des douleurs pendant une période menstruelle, accompagnées d'hémorrhagie utérine, chez une femme antérieurement bien portante ;

2° Coïncidence des hémorrhagies avec l'apparition d'une tumeur qui grossit rapidement. Cette tumeur est fluctuante, uniloculaire, médiane ou latérale (avec l'autre cul-de-sac libre), sessile et immobile, quand elle se prolonge dans l'abdomen.

3° Au toucher, on a la même sensation qu'avec un pyosalpinx présentant une poussée aiguë, mais avec cette différence que l'hématocèle est ordinairement apyrétique ;

4° La ponction exploratrice par le vagin lève tous les doutes.

Le diagnostic de la grossesse extrautérine non rompue doit être fait : 1° avant le cinquième mois, 2° après le cinquième mois.

Avant le cinquième mois, on se basera :

1° Sur les signes rationnels de grossesse : vomissements, gonflement des seins, modification du caractère, de l'appétit, suppression momentanée des règles, coloration violette des organes génitaux ;

2° Sur l'existence de pertes continues et souvent fétides ;

3° Sur l'expulsion d'une caduque sans villosités choriales ;

4° Sur l'hypertrophie de l'utérus que l'on reconnaîtra par l'hystérométrie ;

5° Sur l'existence d'une tumeur pelvienne latérale avec l'autre cul-de-sac libre. Cette tumeur est mobile, fluctuante, à parois minces, elle augmente rapidement de volume et est recouverte d'artères volumineuses et pulsatiles.

Après le cinquième mois. — Le fœtus vivant se reconnaît par les mouvements, ballottement, battements du cœur.

Le fœtus mort peut être soupçonné, quand on rencontre une tumeur abdominale, de consistance calcaire, en reconstituant les antécédents : règles, pertes, caduque, faux travail. Celui-ci a été suivi de la chute du ventre avec gonflement des seins et sécrétion lactée.

Traitement. — En cas d'hémorrhagie abdominale non enkystée, tous les chirurgiens s'accordent à conseiller la laparotomie.

Lorsque l'hémorrhagie s'est enkystée (hématocèle), la tendance dominante de mes collègues est de pratiquer l'incision vaginale.

Cette opération est simple, facile et sans danger dans l'immense majorité des cas, mais il n'en est pas toujours ainsi. J'ai incisé par le vagin une hématocèle chez une malade qui mourut dans l'après-midi. A l'autopsie, on trouva plusieurs litres de sang, avec une grossesse extrautérine de 3 mois, dont le placenta était décollé. L'opération avait été des plus normales et rien ne faisait prévoir cet accident.

A l'avenir je ferai toujours la laparotomie pour les hématocèles diagnostiquées ; et si, au cours d'une incision vaginale ou d'une hystérectomie, je rencontre une hématocèle insoupçonnée, je compléterai l'opération vaginale par la laparotomie avec l'espoir d'enlever le sac et le placenta.

Cependant l'hématocèle suppurée me paraît justiciable de l'incision vaginale.

Supposons maintenant que le sac n'est pas encore rompu, nous distinguerons la grossesse avant et après le cinquième mois.

Avant le cinquième mois. — Si le diagnostic n'est pas posé, on opère pour une tumeur salpingienne ; la laparotomie permettant de faire le nécessaire, mais l'hystérectomie vaginale, si elle n'amène pas toute la partie, devra être complétée par la laparotomie.

Si le diagnostic est posé ou soupçonné, doit-on enlever la poche d'urgence comme une tumeur maligne ? Je ne le crois pas. La grossesse ectopique est surtout dangereuse chez les femmes qui continuent à travailler, il n'en est pas de même si elles gardent le lit. Avec cette précaution on pourra sans courir des risques beaucoup plus grands, obtenir un fœtus vivant.

Après le cinquième mois, avec un fœtus vivant, on attendra jusqu'au huitième mois, sauf complications menaçant la vie de la femme... on opérera sans attendre le faux travail.

Si le fœtus est mort, il est inutile d'attendre l'atrophie du placenta, qui fréquemment a persisté ou même s'est hypertrophié ; l'amputation expose encore à la suppuration, à la rupture du sac, à la cachexie de la mère.

Avec un sac non suppuré, la laparotomie est préférable à l'élytrotomie. J'ai pu, dans une observation, enlever un fœtus à terme calcifié avec toute la poche. Guérison.

Si le sac est suppuré avec fœtus peu volumineux, l'élytrotomie suffira ; avec un gros fœtus, on fera l'hystérectomie vaginale et l'extraction du fœtus.

Dans une de mes observations j'ai laparotomisé une malade pour une salpingite supposée. J'ai trouvé des anses très adhérentes recouvrant une masse fluctuante sous-jacente ; le décollement des anses étant impossible, je fis l'hystérectomie vaginale, puis je revins à l'abdomen et je pus enlever totalement une grossesse ectopique de cinq mois. Avec une hystérectomie, la grossesse aurait été méconnue et la malade serait morte de suppuration ou d'hémorrhagie.

Traitement du sac et du placenta. — Il est inutile de suturer le sac provisoirement à la paroi, car cela gêne les manœuvres ultérieures.

Si le placenta est en avant du sac, on l'incisera dans toute sa longueur, et on le comprimera avec les doigts d'un aide ; on enlèvera ensuite le fœtus, puis toute la poche, ou du moins la région qui porte le placenta.

Après avoir vidé le sac, on s'efforcera de l'enlever en totalité ; c'est l'idéal à poursuivre.

Si l'ablation totale est impossible, on pourra le marsupialiser, ou, à l'exemple de Tait, le fermer par des sutures après l'avoir rempli d'eau chaude, ou enfin fermer l'incision du sac par des sutures et le drainer par le vagin (Martin) ; cette dernière pratique me paraît la meilleure après l'ablation totale.

Quand le sac reste en place, l'abandon du placenta expose à l'infection et aux hémorrhagies, on devra donc s'efforcer de l'enlever toujours. L'ablation sera presque toujours possible, même avec un placenta inséré sur l'intestin. On ne craindra pas de l'enlever au besoin à la curette. L'hémorrhagie qui en résulte est surtout veineuse ; elle s'arrête rapidement par compression.

29 janvier 1896.

M. Bouilly. Le très intéressant rapport de M. Picqué a donné naissance à une discussion qui, s'étendant peu à peu, a visé tous les points de la question si complexe de la grossesse extra-utérine dont M. Segond a tracé magistralement, dans la dernière séance, les grandes lignes. Je partage les sentiments de la plupart de mes collègues et ne demande à retenir un instant l'attention que sur deux points : la difficulté du diagnostic et les indications du traitement opératoire.

Mais avant d'aborder cette double question, je tiens à classer à part les cas exceptionnels, où après des péripéties multiples, la grossesse extrautérine est parvenue à sept ou huit mois. La conduite chirurgicale est alors évidemment commandée par l'état de la mère.

Mais, dans l'immense majorité des faits, c'est en présence de grossesse extrautérine de moins de trois mois qu'on se trouve et alors plusieurs cas peuvent se présenter.

Si la grossesse n'est pas rompue, il s'agit d'une tumeur unilatérale des annexes et tout le monde est d'accord sur la nécessité de la laparotomie.

Si la grossesse s'est rompue dans le ventre et qu'il y ait une hémorrhagie intrapéritonéale grave, la laparotomie est urgente. Mais on voudra bien reconnaître que les malades de cette catégorie se présentent rarement au chirurgien, soit qu'elles soient reçues dans les services de médecine où elles meurent ou guérissent spontanément, soit qu'elles échappent aux uns et aux autres. Depuis 1880, les Bulletins de la Société de chirurgie ne mentionnent que 2 cas d'intervention pour des accidents graves de ruptures de grossesse extrautérine avec hémorrhagie intrapéritonéale grave (Tuffier et Michaux) ; à ces deux observations, j'ajouterai celle de Demelin communiquée au dernier Congrès de chirurgie. Pour ma part, chargé d'un service de gynécologie depuis 1886, je n'ai eu l'occasion d'observer qu'un seul cas de ce genre et la malade, arrivée à l'hôpital après mon départ, succomba dans la journée sans intervention.

La plupart des malades ont leur hémorrhagie faite, quand elles sont soumises à notre observation : l'hématocèle est constituée et les femmes se plaignent de douleurs abdominales et de métrorrhagies.

Il s'agit de malades jeunes, bien portantes, ayant été prises subitement, après un retard de règles de quinze jours à six semaines d'un véritable ictus péritonéal, caractérisé par tous les symptômes décrits sous le nom de péritonisme. Cet état coïncide le plus souvent avec un écoulement vaginal d'abord rouge, puis rouillé, chocolat, etc., durant quinze jours, un mois et davantage.

Cette symptomatologie traduit d'une façon ordinaire la rupture d'une grossesse extrautérine. Tantôt l'hémorrhagie se fait dans le cul-de-sac de Douglas, tantôt elle reste localisée à la trompe. Dans ce dernier cas, il se constitue un hématosalpinx et c'est à peine si quelques gouttes de sang tombent dans le péritoine. Fait remarquable, l'intensité des symptômes peut être telle que l'on pourrait croire à une véritable hémorrhagie intrapéritonéale profuse : il y a là une sorte d'acte réflexe, de choc péritonéal, produisant ces divers phénomènes fort inquiétants. Puis tout s'apaise et les malades peuvent se croire guéries. A l'examen, on trouve une tumeur annexielle unilatérale. Ces faits d'hématosalpinx limités sont rares et relèvent évidemment de la laparotomie.

La plupart du temps, presque toujours, l'hémorrhagie se fait dans le cul-de-sac postérieur et constitue l'hématocèle classique. Pour ces cas, le diagnostic est assez facile dans la majorité des cas, si l'on veut bien tenir compte des symptômes suivants : suppression ou dérangement des règles, présence dans le cul-de-sac de Douglas d'une tumeur, développement exagéré de l'utérus qui est repoussé en avant et un peu sur un des côtés, écoulement sanguin rouille ou chocolat, remarquablement tenace. Tels sont, en effet, les symptômes dont s'accompagne la rupture dans le cul-de-sac postérieur d'une grossesse tubaire, qu'il y ait ou non un fœtus. Nous savons, en effet, que l'embryon peut manquer, parce qu'il disparaît rapidement par résorption après la rupture de la grossesse.

Relativement au contenu de l'hématocèle, il change peu. J'ai opéré des cas variant de huit semaines à quatre mois, et j'ai toujours trouvé des caillots avec du liquide sanguin plus ou moins abondant. Mais ce que je tiens à dire, c'est qu'il ne faut pas attendre la résorption.

Contre ces collections intrapéritonéales, plus ou moins enkystées, je proclame avec MM. Picqué, Segond, Schwartz, Routier, l'incision et l'évacuation par le cul-de-sac postérieur comme étant la méthode de choix, permettent d'obtenir une guérison facile et simple. Les résultats éloignés ne sont pas moins brillants que les résultats immédiats et l'on est même surpris au toucher de trouver des culs-de-sac parfaitement souples ou indolores.

Je terminerai par les conclusions suivantes :

1°) La grossesse extrautérine, en voie d'évolution, non rompue, doit être opérée et enlevée par la laparotomie.

2°) La grossesse extrautérine compliquée d'hémorrhagie intrapéritonéale profuse sera traitée par la laparotomie qui permettra d'arrêter l'hémorrhagie et d'enlever le kyste fœtal. Je répète que ces cas sont très rarement observés, ce qui tient sans doute à l'ignorance dans laquelle sont, sur ce point, beaucoup de sages-femmes et même de médecins.

3°) Dans l'immense majorité des cas, on observe des grossesses extrautérines datant de quelques semaines à deux mois et demi ; l'hémorrhagie, provenant de leur rupture, est arrêtée depuis plusieurs jours et le diagnostic de l'hématocèle constituée est facile.

4°) L'évacuation simple de la collection par l'incision large du cul-de-sac postérieur, est la méthode de choix ; les résultats immédiats et éloignés en sont parfaits.

Cholécystentérostomie. — M. Chaput. M. Delbet nous a communiqué l'observation suivante :

Une femme de cinquante-deux ans, n'ayant jamais eu de coliques hépatiques franches, devint ictérique en juin 1892. En août 1894, elle entrait à l'Hôtel-Dieu pour des accidents fébriles très intenses.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, elle était d'un vert foncé et avait de grands accès de fièvre ; les matières étaient décolorées, l'urine ictérique ; le foie très augmenté de volume, descendait jusqu'à la fosse iliaque droite ; la vésicule biliaire n'était pas dilatée.

Le 30 août 1894, M. Delbet fit une incision sur le bord externe du muscle droit ; il trouva la vésicule rétractée, collée sur un calcul du volume du pouce, long de 2 à 3 centimètres. Des adhérences très résistantes avaient oblitéré l'hiatus de Winslow et empêchaient absolument l'exploration du cholédoque. L'opérateur incisa la vésicule, morcela le calcul et pratiqua une cholécystentérostomie avec un bouton de Murphy. Malheureusement après avoir fixé les deux demi-boutons, l'un dans la vésicule, l'autre dans la première anse grêle, il lui fut impossible d'articuler le bouton, parce que la vésicule, trop étroite, ne permettait pas de soutenir avec les doigts le demi-bouton qu'elle contenait. Le chirurgien enleva le bouton et fit une suture à deux étages au catgut.

Les suites furent très simples, les selles se recolorèrent graduellement, l'ictère disparut peu à peu, la fièvre, au bout de quelques jours, descendit lentement, puis disparut complètement. Dix mois après, la guérison se maintenait parfaite.

Je suis, comme M. Delbet, partisan de l'incision sur le bord externe du muscle droit, car elle est l'incision de choix pour explorer et traiter la vésicule, tout en permettant de manœuvrer facilement sur le cholédoque. L'incision médiane de M. Quénu ne donne accès qu'au cholédoque et ne permet pas d'agir sur la vésicule. Or, l'exploration de la vésicule est indispensable, d'autant plus qu'on est très souvent obligé d'agir sur elle, soit exclusivement, soit simultanément, avec une intervention cholédoquienne. M. Jourdan, dans son excellente thèse, conclut aussi en faveur de l'incision latérale.

En présence d'adhérences très importantes, rendant très difficile l'intervention sur le cholédoque, M. Delbet avait à choisir entre la cholécystostomie et la cholécystentérostomie.

MM. Terrier et Michaux, s'appuyant sur les observations de M. Ricard, de Dujardin-Beaumetz, reprochent à la cholécystentérostomie de favoriser l'infection des voies biliaires, tandis que la cholécystostomie ferait cesser les accidents infectieux préexistants.

A mon avis, toute opération qui supprime la stase biliaire réalise, de ce fait, la désinfection relative des voies biliaires ; à ce point de vue, les deux opérations se valent sensiblement.

On objecte à la cholécystentérostomie que la vésicule débouche dans un milieu septique ; mais n'en est-il pas de même pour la cholécystostomie, lorsque, au bout de quelques semaines, le malade se panse lui-même ?

Au point de vue de l'infection, les deux opérations la combattent, en supprimant la stase, et la favorisent par ce fait qu'elles débouchent en milieu septique ; mais l'action favorisante est très restreinte, tant que le cours de la bile n'est pas ralenti par un obstacle anormal.

Tandis que la cholécystostomie occasionne une infirmité cruelle, la cholécystentérostomie n'a aucun inconvénient. Je ne serais même pas éloigné de la croire supérieure à la cholédocotomie elle-même, dans le traitement des calculs du cholédoque.

Quoi qu'il en soit, je tiens à faire remarquer que, dans l'observation de M. Delbet, la cholécystentérostomie, non seulement n'a pas favorisé l'infection, mais au contraire l'a guérie radicalement et définitivement.

M. Delbet, ne pouvant anastomoser le duodénum avec la vésicule, a choisi la première anse grêle ; c'était beaucoup plus rationnel que de prendre l'estomac (puisque la bile arrête la digestion gastrique), ou une anse grêle quelconque, ou le gros intestin, parce que, dans ce dernier cas, une grande longueur du tube digestif est soustraite aux conditions normales de la digestion.

Le bouton de Murphy n'a pu être articulé à cause des faibles dimensions de la vésicule ; ajoutons qu'en raison de l'épaisseur des parois de cet organe, on aurait pu craindre des accidents de perforation par le bouton, comme c'est arrivé au malade de Shepherd, chez lequel la vésicule, très épaisse, fut coupée net par le bouton, et amena la mort par hémorrhagie.

Le procédé de la suture à deux étages, employé par M. Delbet, me paraît de tous le plus simple, le meilleur et le plus bénin.

M. Quénu. Je ferai à M. Chaput deux objections. La première, c'est que l'incision médiane qu'il rejette comme inférieure à l'incision latérale, n'empêche nullement d'explorer la vésicule et me paraît préférable pour l'exploration du cholédoque. D'ailleurs, il est toujours facile, si elle était insuffisante, de la compléter par une incision transversale. La seconde, c'est que la cholécystentérostomie ne saurait s'appliquer à tous les cas, car il faut avant tout avoir, pour effectuer cette opération, une vésicule assez développée : or elle est, au contraire, très souvent atrophiée.

M. Terrier. Le rapport de M. Chaput soulève des questions fort complexes auxquelles on ne saurait, en l'état actuel de la science, faire de réponse solidement étayée sur les faits. Je ne veux donc ici que faire quelques remarques.

Tout d'abord je dirai qu'il ne me paraît pas prouvé que, dans le cas de M. Delbet, il n'y ait pas eu de calcul du cholédoque. Pour ma part, je me trompe souvent dans les cas de ce genre et la raison en est dans la difficulté à explorer la région sous-hépatique entièrement transformée dans ses rapports par suite des adhérences inflammatoires qui se sont produites. S'il est bon de connaître l'anatomie normale de cette région, il faut convenir aussi qu'elle n'est pas toujours d'un secours précieux.

De l'observation de M. Delbet, je retiens simplement ce fait qu'il y avait un calcul dans le canal cystique et que, ce calcul enlevé, la bile s'est écoulée. L'abouchement de la vésicule a été pratiqué à l'intestin et la malade a guéri, mais rien ne me prouve qu'elle n'eût pas guéri également par la fistulisation cutanée.

M. Chaput pense que la présence de la bile dans l'estomac arrête la digestion, mais le contraire est prouvé par l'expérimentation d'une part et des opérations d'autre part. Deux chirurgiens de Vienne ont pratiqué l'abouchement de la vésicule à l'estomac et moi-même j'y ai eu recours récemment : les opérés n'ont pas présenté de troubles digestifs.

La question la plus importante qui domine la pathologie des voies biliaires est celle de l'infection qui est loin d'être élucidée. Deux de mes malades ont une fistule biliaire depuis quatre ou cinq mois : leur bile contient du bacterium coli. Chez l'un deux, le bacterium coli étant devenu inoffensif pour l'animal, je songeai à oblitérer la fistule et je le fis. Il se développa un abcès à bacterium coli ; des phénomènes d'inflammation des voies biliaires survinrent et la fistule se rouvrit. Le bacterium coli, bien que non pathogène pour l'animal, était donc resté nocif pour le malade. Il est donc très difficile de savoir quand la bile n'est plus septique. On peut se demander s'il ne vaudrait pas mieux ouvrir tout de suite la vésicule dans l'intestin, mais l'opération est souvent longue et le malade n'est pas toujours en état de la supporter.

Relativement à l'incision, on peut la faire latérale pour le canal cystique, médiane pour le cholédoque. Cela dépend surtout du sujet et le mieux est de dire que l'on fait comme on peut.

Kyste hydatique du foie. Ponction. Infection autochtone secondaire. — M. Quénu. J'ai ponctionné avec tous les soins antiseptiques désirables un kyste hydatique du foie, non suppuré. Le lendemain la température atteignait 39 degrés. J'ouvris et il sortit du liquide clair mélangé de bile. Des cultures ont montré l'existence du bacterium coli dans ce liquide. Je pense que ce bacterium coli provient des voies biliaires infectées, qui se sont rompues après l'évacuation du kyste. Beaucoup de cas d'infection secondaire du kyste, après ponction antiseptique, pourraient ainsi s'expliquer, sans qu'il soit besoin d'accuser l'opérateur.

Lipome sous-péritonéal récidivé après une première ablation. — M. Peyrot présente des pièces provenant d'une femme à laquelle il avait enlevé, il y a trois ans, un lipome rétropéritonéal du poids de 8 kilos. D'autres tumeurs lipomateuses se sont développées dans l'épiploon, le mésentère, dans la graisse rétropéritonéale, etc., et ont fini par amener la mort de la malade.

Nouveau procédé d'amputation de cuisse. — M. Chaput présente un malade auquel il a pratiqué une amputation élevée de la cuisse pour une ostéomyélite du fémur, de la façon suivante : après incision sur le bord externe de la cuisse, il a taillé le lambeau antérieur, puis sectionné le fémur à l'aide du ciseau et enfin taillé le lambeau postérieur. Le moignon ainsi obtenu est très étoffé.

F. JAYLE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

31 janvier 1896.

Ulcère gastrique avec tumeur volumineuse. Gastro-entérostomie. Disparition des accidents et persistance de la tumeur. — Dr Chaput. La malade, âgée de trente-quatre ans, a été soignée, il y a un an et demi, à Saint-Antoine pour une dilatation de l'estomac avec ulcère gastrique. Depuis lors, elle souffre davantage ; les douleurs sont plus vives un quart d'heure après le repas. Elle vomit fréquemment ses aliments. Pas d'hématémèse proprement dite, mais on trouve dans ses vomissements un peu de poussière noire comme du marc de café.

La malade resta quelques mois sans souffrir, et elle s'aperçut, par hasard, de la présence d'une tumeur du volume d'un œuf de poule au niveau de la région ombilicale.

En janvier 1895, les douleurs stomacales reprennent, ainsi que les vomissements alimentaires. La tumeur ombilicale augmente de volume et devient douloureuse. La malade entre à Tenon, en médecine, chez M. le Dr Florand, puis en chirurgie, salle Delassert.

A l'examen, on trouve un ventre rétracté, en bateau ; une tuméfaction normale fait saillie à l'ombilic.

A la palpation, on constate que cette tumeur est à peu près large comme la paume de la main ; elle siège derrière la paroi abdominale ; elle est mobile de haut en bas quand la malade respire ou quand on pousse la tumeur avec les doigts.

La pression sur cette tumeur est douloureuse ; l'estomac est dilaté, il descend à trois doigts au-dessous de l'ombilic. On obtient le clapotement à la palpation et à la succussion.

Depuis son entrée dans le service, la malade vomit presque tous les aliments ; elle est très amaigrie, mais son faciès est assez bon.

Rien au poumon, ni au cœur, ni dans les urines.

Le 28 août 1895, je fais la laparotomie médiane. Je constate que la région pylorique est le siège d'une énorme tumeur, du volume du poing, environ, très épaisse, et qui a tous les caractères extérieurs d'un carcinôme.

J'exécute la gastroentérostomie postérieure par le procédé de la suture à trois étages. Pour éviter l'effusion des liquides stomacaux dans le ventre, je fais la suspension de l'estomac avec des fils passés à travers ses parois.

Je lie ensuite le bout supérieur de l'intestin à la gaze iodoformée et je pratique au-dessous de cette ligature une entéro-anastomose pour rétablir le cours de la bile.

Je suture enfin l'orifice mésocolique à l'estomac pour éviter la hernie des anses grêles dans l'arrière-cavité des épiploons.

La malade a guéri très rapidement. Je l'ai revue le 15 janvier dernier. Depuis l'opération elle n'a plus vomi ; la tumeur persiste avec le même volume, mais indolente. La malade a encore l'estomac dilaté ; elle mange des aliments solides et les digère, elle a sensiblement engraissé. Etant donnés l'âge de la malade et la longue survie après l'opération, il semble qu'on puisse éliminer à peu près le diagnostic du cancer de l'estomac.

Présentation des pièces. — Je vais vous présenter les pièces d'un malade de M. Mathieu que j'ai opéré récem-

ment pour un rétrécissement musculaire du pylore (l'observation *in extenso* a été communiquée à la Société anatomique). Vous pouvez voir que l'estomac est petit, très épais, l'anneau pylorique est très hypertrophié, la muqueuse est indemne. J'ai fait l'opération avec mon bouton; les sutures sont parfaites. Le malade très affaibli a succombé au shock opératoire.

Appendicite expérimentale. — **MM. Roger** et **Josué**. Pour élucider la pathogénie des appendicites, nous avons poursuivi sur le lapin quelques recherches expérimentales. Nous avons d'abord pratiqué la ligature de l'appendice, après avoir injecté dans sa cavité quelques gouttes d'une culture virulente de B. coli; dans ces conditions, les animaux succombent en une quinzaine de jours, et l'autopsie révèle une appendicite suppurée avec péri-appendicite.

Nous avons reconnu ensuite qu'il est inutile, pour produire l'appendicite, d'injecter des microbes; il suffit de pratiquer la ligature aseptique de l'appendice. Sur un animal qui a été sacrifié *trois mois* après avoir subi l'opération et dont nous présentons aujourd'hui toutes les pièces anatomiques, on peut voir que la partie de l'appendice qui a été isolée par la ligature, est transformée en une poche kystique, ne communiquant plus avec le reste de l'intestin et renfermant un pus épais, contenant, à l'état de pureté, le B. coli. Ainsi ce microbe, hôte habituel de l'appendice, vivant en parasite inoffensif tant que le cours des sécrétions n'est pas entravé, devient virulent dès qu'une stase se produit; malgré l'absence de troubles vasculaires (les vaisseaux ont été respectés par la ligature) une inflammation suppurative se développe; au niveau du point ligaturé, une occlusion se produit qui persiste, malgré la résorption du catgut, c'est-à-dire malgré la disparition de l'obstacle. Le foyer purulent, qui est latent pendant des mois, et n'a provoqué aucune réaction péritonéale, ne constitue pas moins un danger permanent; sa rupture, pouvant survenir à la moindre cause, eut provoqué une péritonite suraiguë, puisque l'abcès n'était pas circonscrit par de fausses membranes, et qu'il renfermait encore des microbes vivants.

Nous pouvons donc conclure que l'obstruction aseptique et passagère, de l'appendice, suffit pour amener une inflammation suppurative, en transformant un microbe inoffensif de l'intestin, en un agent pathogène.

M. Rendu. Il existe des faits cliniques tout à fait comparables aux résultats expérimentaux dont on vient de nous parler. J'ai observé récemment un phtisique, à l'autopsie duquel je trouvai l'appendice transformé en une cavité close, remplie de pus. Cette lésion était d'ailleurs restée absolument latente. Il est bien certain qu'une pathogénie aussi vague ne peut s'appliquer à toutes les formes d'appendicite; mais je crois qu'il faut tenir grand compte des expériences de MM. Roger et Josué, car elles éclairent très heureusement la pathogénie de certaines variétés d'appendicites.

Des accidents causés par le streptocoque à la suite des injections de sérum de Roux. — **MM. Sevestre** et **Méry**. Plusieurs observations peuvent être faites au sujet de la sérumthérapie de la diphtérie. Voici les principales :

1° Le sérum de Roux peut déterminer, dans quelques cas, une éruption d'urticaire, qui mérite le nom d'*éruption précoce*, en raison de l'époque à laquelle elle survient.

2° Dans des cas plus rares encore, l'injection peut être suivie d'accidents plus ou moins graves, caractérisés en particulier par une éruption polymorphe, des artropathes un état général souvent très inquiétant...

Les *accidents tardifs* surviennent en général vers le treizième jour, quelquefois un ou deux jours plus tôt ou plus tard; ils durent trois, quatre ou cinq jours, et se terminent ordinairement par la guérison.

3° Ces accidents ne se voient jamais dans les cas de diphtérie pure; ils ne surviennent que dans les cas de diphtérie associée : ils sont en rapport avec l'infection par le streptocoque, et sont d'ailleurs, analogues à ceux qui peuvent être observés dans la streptococcie, indépendamment des injections de sérum de Roux.

4° Bien que l'infection par le streptocoque soit la cause essentielle de ces accidents, il semble bien que le sérum de Roux en favorise le développement, à titre de cause occasionnelle et, par un mécanisme encore mal déterminé, mais non pas, comme on aurait pu le penser, en exaltant la virulence du streptocoque.

Il est certain que le sérum de Roux n'est pas une chose insignifiante, comme tous les agents thérapeutiques sérieux; il présente des médications et des contre-médications.

1° Dans les cas de *diphtérie pure, non associée*, le sérum de Roux ne détermine jamais d'accidents sérieux (à condition bien entendu que l'injection soit faite avec les précautions antiseptiques convenables); *l'injection est de règle*.

2° Dans les cas de *diphtérie associée* au streptocoque, le sérum peut, dans des cas assez rares, favoriser la production d'accidents parfois très effrayants, mais généralement sans gravité réelle. La crainte des accidents ne doit pas empêcher de recourir aux injections de sérum de Roux.

Les injections de sérum antistreptococcique peuvent être employées concurremment dès le début, ou au moins à l'occasion des accidents consécutifs, s'ils viennent à se produire.

3° Les seuls cas dans lesquels l'hésitation soit permise relativement à l'emploi du sérum de Roux, seraient ceux dans lesquels l'examen bactériologique révèle l'existence de streptocoques abondants associés au bacille court.

4° Dans les cas ou l'examen bactériologique révèle le streptocoque sans bacille de Lœffler, le sérum de Roux ne peut avoir aucune action favorable; il est au moins inutile. La prudence commande de s'abstenir.

M. Netter. Les mêmes accidents s'observent avec les autres sérums thérapeutiques. L'an dernier, j'ai fait faire des injections de sérum antipneumococcique par M. Mosny; douze jours après l'injection, la malade fut prise de douleurs abdominales très vives d'une éruption scarlatiniforme; bref, il y eut tout le tableau des accidents provoqués par le sérum.

J'ai vu en outre un malade chez lequel le sérum de Maragliano produisit des accidents identiques.

Sérothérapie par voie intestinale. — **M. Chantemesse.** Depuis la découverte de la sérothérapie, le mode d'application du remède a toujours été la voie sous-cutanée. On a traité, tout d'abord, le tétanos et la diphtérie, c'est-à-dire, des maladies où le microbe ne se trouve pas dans le sang des malades, ou ne s'y trouve qu'exceptionnellement. Les seuls inconvénients de l'injection étaient une légère douleur, de l'érythème, de l'urticaire.

Actuellement, la pratique de la sérothérapie s'étend et s'étendra à d'autres maladies où la septicémie sanguine existe avec une intensité plus ou moins marquée. Si le sérum injecté est un peu irritant (et cette irritation dépend de la méthode de préparation du sérum, de la sensibilité du malade, d'une faute d'antisepsie dans les injections, il peut arriver, dans des cas rares, que le malade souffre cruellement et qu'il se fasse, au niveau de l'injection, du gonflement, de la douleur vive et parfois même des abcès.

Ces abcès, comme j'ai pu m'en assurer, ne dépendent pas de l'impureté du sérum, mais souvent d'un afflux de leucocytes déjà chargés de microbes dans le sang, et qui viennent, en grand nombre, par un phénomène de chimiotasie positive au lieu d'irritation. Leur accumulation aboutit à la formation d'un abcès d'origine endogène.

J'ai vu, dans la pratique des injections du sérum antistreptococcique, quelques abcès qui devaient leur origine au mode pathogénique que je signale. Enfin, d'autres malades, par une sensibilité spéciale, se montrent rebelles à la pratique des injections sous-cutanées du sérum.

Une méthode qui mettrait à l'abri de ces inconvénients rendrait de grands services.

J'ai essayé, dans 20 cas, de pratiquer la sérothérapie par injections intestinales, et j'ai pu me convaincre que l'absorption du sérum par la muqueuse de l'intestin se faisait facilement et n'entrainait, dans tous les cas que j'ai observés, aucun inconvénient.

Un premier lavement est donné au malade pour nettoyer l'intestin, puis l'injection de sérum est pratiquée dans le rectum avec une seringue et une sonde en gomme de moyen calibre et d'une longueur de 20 centimètres.

La sérothérapie par voie intestinale à doses répétées n'amène aucune douleur et n'a jamais été suivie d'aucune manifestation désagréable, pas même d'érythème de la peau.

L'efficacité de l'injection rectale m'a paru être la même que celle de l'injection sous-cutanée. A la suite, même sensation de bien-être du malade, même diminution de température, même modification de l'état local, même suppression de l'albuminurie, etc. J'ai pu, par cette méthode, avoir recours à l'absorption de grandes doses de sérum.

A côté de la question d'efficacité, de rapidité et d'innocuité, se pose la question de la puissance protectrice pour une même dose de sérum injecté sous la peau ou par l'intestin.

Dans les 20 observations que j'ai recueillies, la valeur préventive d'une même dose de sérum m'a paru sensiblement égale, injectée par l'une ou l'autre voie. Ce dernier paraît cependant mériter des recherches plus complètes. J'ai pu, par l'intestin, injecter sans le moindre inconvénient, en quelques jours, 200 ou 300 centimètres cubes de sérum de Marmorek, dans des cas d'infection érysipélateuse grave.

Localement, le sérum dilué dans cinq fois son poids de lanoline, constitue un pansement excellent pour les lésions érysipélateuses. La douleur, la rougeur et le gonflement sont très sensiblement diminués par ce pansement. J'ajoute que j'ai eu recours à la sérothérapie par voie intestinale chez les diphtériques. Dans les 3 cas traités, le sérum de Roux, absorbé par l'intestin, m'a paru agir aussi efficacement qu'à la suite d'une injection sous-cutanée.

Accidents consécutifs à une injection de sérum antidiphtérique. — **M. Legendre.** J'ai observé un cas d'angine très légère d'apparence éryptique, pendant laquelle l'examen bactériologique démontra au début l'existence de quelques staphylocoques seuls; puis au bout de quelques jours, on découvrit quelques bacilles courts. En présence de ces faits, on jugea inutile de faire des injections sous-cutanées de sérum de Roux. Cependant un nouvel examen ayant fait découvrir quelques bacilles de Lœfler, on se décida à pratiquer une injection de 15 centimètres cubes de sérum; l'angine persistait à être extrêmement bénigne. Onze jours après l'injection des accidents, apparurent : érythème, fièvre, douleurs musculaires et articulaires; de plus, fait très grave, les urines devinrent rares, très albumineuses. Bref, les complications furent telles qu'à un moment on craignit pour la vie du malade.

En présence d'un fait semblable, on peut se demander si, en présence d'une diphtérie bénigne, on doit recourir aux injections de sérum; s'il est nécessaire d'exposer le malade aux accidents possibles de ce traitement. L'observation que je résume montre en outre que la violence des accidents n'est pas proportionnelle à la dose de sérum injecté, que ces accidents ne peuvent être attribués aux streptocoques; des examens réitérés ayant montré que ces microbes étaient absents ou du moins n'avaient aucune virulence.

M. Gaucher. Il y a quelques temps, j'ai observé un fait analogue. Une diphtérie extrêment légère fut traitée par la sérothérapie; depuis ce moment, le malade présente des abcès successifs; il est inutile d'ajouter que les injections avaient été faites avec tous les soins antiseptiques.

M. Chantemesse. Il est possible que dans le cas observé par M. Legendre, les accidents tiennent, non pas aux injections sous-cutanées, mais à une véritable infection par le staphylocoque, car il ne faut pas oublier que ce microbe avait été trouvé dans la gorge. Ce fait ne doit donc pas faire craindre, outre mesure, une méthode thérapeutique qui a déjà donné de si admirables résultats.

Présentation de malade. — **M. Rist** présente une malade de trente-deux ans, atteinte de *râle trachéal*, depuis treize mois. Ce râle, qu'on ne peut comparer qu'à celui des agonisants, cesse absolument pendant le sommeil; la voix reste libre et très bien conservée. L'examen laryngoscopique qui a été fait par M. Nattier, dans le service de M. Déjerine est demeuré négatif. L'exploration ne fait reconnaître aucune lésion de la trachée, ni des voies aériennes supérieures. Les poumons semblent sains, à l'auscultation. Ce râle n'empêche pas la malade de vaquer activement à ses occupations; elle n'a pas maigri; son appétit a été plutôt en augmentant, et sa santé générale n'est nullement troublée par cet accident insolite qui semble devoir être rattaché à l'*hystérie*; la malade a en effet présenté déjà une succession de phénomènes appartenant à cette névrose (crise d'inconscience, hémiplégie droite, rétention d'urine, mutisme, paralysie du voile du palais). Aujourd'hui elle n'offre plus qu'une paralysie limitée au bras droit, l'avant-bras et la main étant indemnes, et au membre inférieur droit qui traîne pendant la marche. Elle n'a pas les stigmates habituels (anesthésies, hyperesthésies, points hystérogènes), et l'on ne sait si elle les a présentés autrefois.

E DE MASSARY.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

31 janvier 1896.

Luxation de l'atlas sur l'axis. — **M. Morestin** montre une pièce trouvée sur un cadavre de l'Ecole pratique. Il s'agissait d'une luxation ancienne de l'atlas sur l'axis, rupture de l'apophyse odontoïde et soudure des vertèbres cervicales par des travées osseuses.

Fracture de cartilage costal. — **M. Morestin** présente une pièce de fractures de cartilages costaux dont la consolidation s'est faite par un cal osseux.

Abcès tuberculeux périarticulaire. — **M. Morestin** montre une pièce provenant d'un sujet atteint de tuberculose pulmonaire. C'est un coude très tuméfié et qui cliniquement avait été pris pour une tumeur blanche. A l'examen, on constate que l'articulation est saine, et que ce sont les tissus et muscles périarticulaires qui sont le siège d'une infiltration et suppuration tuberculeuse.

Pneumothorax tuberculeux. — **M. Legrand** rapporte l'observation d'un malade qui présenta les symptômes cliniques du pneumothorax. Huit jours après, la mort survint à la suite d'une vomique.

L'autopsie montra une grosse perforation qui faisait communiquer la cavité pleurale avec une grande caverne. **M. Cornil**, d'après l'étendue de la perforation et l'aspect de ses bords pense que le pneumothorax est bien plus ancien que ne pourraient le faire croire les symptômes cliniques.

Infection hépatique dans un cas de cirrhose. — **M. Auclair** rapporte l'observation d'un jeune homme de dix-neuf ans qui présentait tous les symptômes d'une cirrhose alcoolique vulgaire. L'ascite très abondante nécessita des ponctions répétées. Le liquide péritonéal s'infecta, devint purulent. La mort survint rapidement. A l'autopsie on trouva un foie rétracté, granuleux. L'examen microscopique permit de constater au niveau des travées fibreuses cirrhotiques, devenues nodulaires de cellules embryonnaires, contemporaines certainement de l'infection péritonéale.

Endocardite ulcéreuse. — **M. Charles Lévy** montre un cœur d'endocardite infectieuse survenue à la suite d'une infection puerpérale. Les valvules sigmoïdes aortiques étaient très altérées, ulcérées. La portion du septum interventriculaire adjacent était perforée et il y avait

à ce niveau communication du ventricule droit avec le gauche. Les valvules tricuspides présentent en outre quelques végétations d'endocardite.

Petitesse du cœur. — **M. Lévy** montre un cœur provenant d'une femme de soixante-huit ans, morte de cachexie cancéreuse. L'organe était très petit, il pesait 170 grammes.

Kyste parovarien avec prolongement canaliculé. — **M. Legueu** rapporte l'histoire d'une femme qu'il a opérée d'un kyste parovarien. Au cours de l'opération, il remarqua que le kyste par sa partie supérieure était en continuité avec un cordon dur qui remontait sur la région rénale. Section de ce cordon que l'on reconnait alors être canaliculé ; une sonde cannelée introduite dans son intérieur se dirige vers le rein gauche. On croit avoir sectionné l'uretère, et on abouche ce canal à la plaie entamée. L'examen du kyste enlevé permet de constater que le cordon canaliculé n'était qu'un prolongement du kyste et non pas l'uretère. M. Legueu est porté à croire que les kystes ovariens sont développés aux dépens de l'appareil de Wolff et que le prolongement canaliculé qu'il a rencontré n'est que la partie supérieure du canal Wolffien.

Ictère grave. — **MM. Létienne et Lévy** montrent des pièces provenant d'une femme morte d'ictère grave primitif. Le foie pesait 600 grammes, était de couleur rouge lie de vin et parsemé d'un très grand nombre de petites taches jaunes, plus ou moins confluentes, qui correspondaient à des îlots de dégénérescence graisseuse.

Des cultures faites avec la bile ont donné des colonies pures de streptocoques. R. Marie.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

30 janvier 1896.

Du traitement de la syphilis par les injections hypodermiques. — **M. Le Pileur** lit un travail sur les injections d'huile grise. Il passe en revue les indications, les contre-indications, les effets curatifs, les accidents : stomatites, empâtement, abcès, accidents d'intoxication.

Il insiste sur les caractères de la douleur. Les injections sont en général bien supportées, mais doivent être dosées avec soin. Il cite un certain nombre d'observations très probantes, entre autres un cas de syphilide pigmentaire.

M. le Pr Fournier. Je suis étonné de la disparition aussi rapide d'une syphilide pigmentaire, maladie réputée incurable et qui désole les malades. Ne s'agissait-il pas plutôt de macules cicatricielles ?

M. Le Pileur. J'affirme qu'il s'agissait bien de syphilis pigmentaire, qui guérit au bout de huit mois de traitement, et après la troisième reprise d'injections.

M. Eudlitz, qui a expérimenté surtout le sozoiodolate de mercure a vu des injections excessivement douloureuses, tandis que d'autres ne l'étaient presque pas.

M. Barthélemy. La douleur est variable. Mais pour ce qui est de l'huile grise, le dosage me semble bien difficile.

M. Le Pileur. Il se règle comme avec la morphine. J'emploie un corps de pompe en celluloïde muni d'une tige métallique graduée comme celle des seringues de Pravaz. Pour éviter la douleur. l'huile de vaseline me semble préférable à tout autre excipient.

M. Baudoin. Il me semble que la douleur est surtout une question individuelle.

M. Hallopeau rappelle le cas d'une malade qu'on lui amena dans son service, pour des accidents consécutifs à une injection d'huile grise, dont elle mourut. Pour dix gouttes d'huile grise injectées, il a vu la stomatite et la diarrhée.

M. Feulard. J'essaye en ce moment avec M. Vigier une nouvelle composition d'huile grise, dans laquelle le mercure est en suspension et que la simple action de la chaleur de la main rend liquide.

M. Eudlitz. La plupart des cas de mort consécutifs aux injections sont le fait de l'ignorance ou de l'erreur. Tels sont les cas mortels de Smirnoff qui survinrent par erreur de dosage.

M. Verchère constate que l'huile grise provoque les mêmes accidents que les autres préparations, puisque M. Le Pileur a eu des abcès, des empâtements et des menaces d'embolies.

M. Le Pileur. J'ai exagéré à dessein la fréquence et la nature des accidents, j'ai voulu noter les moindres incidents. Je ferai remarquer que ma statistique porte sur 600 cas. Du reste, les pilules ont à leur actif autant de stomatites que les injections.

M. Abadie croit que si l'ont veut généraliser et vulgariser la méthode des injections, il sera préférable de les faire sous-cutanées plutôt que musculaires, les injections massives de sels insolubles entraînant des accidents.

M. de Beurmann. J'ai pratiqué 200 injections d'huile grise, et j'ai vu que les stomatites étaient plus intenses qu'avec les pilules. Ce qu'il faut voir dans les stomatites, ce n'est pas la quantité, mais la qualité. Avec les pilules on arrête facilement une stomatite ; avec les injections ce n'est pas facile. Les malades prennent facilement les pilules, tandis que les salles se vident devant les injections. Pour conclure : je réserve pour les syphilis bénignes les pilules, pour les syphilis graves les injections de sels solubles, et, ainsi, je suis libre d'arrêter l'effet s'il survient une stomatite.

M. Le Pileur. S'il m'est arrivé de voir survenir une eschare à la suite d'une injection hypodermique d'huile grise, je n'ai jamais eu de stomatites graves. Dans mes stomatites, je fais entrer même les cas de gingivites.

M. Jullien. Toute injection intra-dermique peut provoquer une eschare. Je demanderai à M. Le Pileur quelles sont les contre-indications de l'huile grise.

M. Le Pileur. Ces injections sont contre-indiquées chez les variqueux, à moins qu'elles soient peu profondes ; chez les anémiques et les cachectiques : tels les albuminuriques graves et les diabétiques.

M. Renaud. Il y a un danger peu fréquent mais qu'il faut connaître, parce qu'il est grave, c'est celui de la stomatite tardive.

M. Gastou, au sujet de la contre-indication des injections chez les albuminuriques, rapporte l'histoire de deux malades du service de M. Fournier, qu'il a étudiés en collaboration avec le Dr Cathelineau. Ces deux malades albuminuriques, cessèrent de l'être, aussitôt après la première injection.

M. Jacquet. Les faits de guérison de l'albuminurie par les injections n'ont rien d'extraordinaire, puisqu'il s'agit alors de néphrite secondaire.

M. de Beurmann. Je ne suis pas ennemi des injections, puisque je traite par ce moyen les glossites scléreuses tertiaires. Je ne crois pas que le mercure soit dangereux pour les reins, car il a une action diurétique manifeste, en particulier le calomel. Pour moi, l'albuminurie constitue une double indication du traitement mercuriel.

M. Thibierge lit un mémoire sur les injections d'huile grise, pour lui, le calomel et l'huile grise ont chacun leurs indications :

Pour les cas graves, employer le calomel en se souvenant qu'il est très douloureux et peut donner des stomatites.

Pour les récidives, les cas bénins, se servir d'huile grise peu douloureuse.

D'une façon générale, la méthode des injections devra être préférée à celle de l'ingestion, chaque fois qu'il faudra ménager l'estomac et l'intestin.

M. Verchère. La méthode des injections est-elle une méthode d'exception ou bien doit-elle être prescrite chez tous les syphilitiques.

M. Thibierge. J'ai spécifié dans mon mémoire les différentes indications.

M. Barthelemy préfère les injections de calomel à l'huile grise.

M. Gastou. Une question est posée fréquemment par les élèves : faut-il, dès qu'on est sûr qu'un chancre est syphilitique, faire des injections de calomel ?

M. Le Pileur ne croit pas qu'on puisse imposer aux malades une telle méthode.

M. le Pr Fournier dit que le malade ne doit jamais être juge de son traitement, mais l'accepter.

M. Mauriac ne croit pas que les injections aient donné des résultats aussi satisfaisants qu'on a bien voulu le dire. Elles n'ont jamais rien arrêté, donnent des stomatites et sont douloureuses. Dans les cas graves, la méthode ordinaire suffit.

M. le Pr Fournier. Les injections ne mettent pas, il est vrai, à l'abri des récidives. Tel est, en particulier, le cas d'un malade de M. Thibierge qui, ayant subi 100 injections différentes, ne guérit point. Mais, fait particulier, quelques injections d'huile grise firent disparaître pour un temps les accidents.

On ne peut pas dire qu'il existe une méthode d'injection. Tel malade, tel accident n'est pas justiciable de telle ou telle variété d'injection. La plupart du temps on modère, on n'enraye pas.

M. Thibierge. C'est le cas de mon malade qui n'a pas été guéri, mais seulement amélioré pour un temps.

M. Galezowski. Dans la syphilis aux deuxième et troisième périodes, quand la choroïde, ou bien le nerf optique sont atteints, tout échoue, même les injections de calomel. Quelle est la raison ? Le traitement n'est pas continué assez longtemps. J'ai vu des choroïdites améliorées par différentes méthodes, mais non guéries. J'ai fait comparativement les différents traitements jusqu'à la disparition des flocons du corps vitré. J'ai vu, dans ces cas, les uns améliorés par les injections de telle substance, les autres par telle autre, ou par d'autres méthodes, mais non guéris. Il n'y a que les frictions mercurielles qui amènent la guérison ; mais pour cela :

1° Il faut faire des frictions à la dose de 2 grammes par jour pendant deux années consécutives. La choroïdite guérit quelquefois plus tôt, mais les flocons ne disparaissent qu'après deux ans.

2° Il est dangereux de suspendre dans le courant de ces deux années, les frictions ; tout au contraire, les intervalles ne doivent être que très courts.

3° La maladie pourra guérir avant deux années, mais il ne faut ne pas cesser le traitement avant l'expiration de deux années, car c'est la limite ultime de la guérison.

M. du Castel cite un cas de syphilis héréditaire dans lequel existaient des ulcérations du cou, des gommes de la langue. Dans le cours même du traitement par les injections, survint une kératite parenchymateuse. Sur le conseil de M. Galezowski, des frictions furent faites et le malade vit ses accidents s'améliorer rapidement.

M. Jullien. Il n'y a pas vingt mois que la méthode de de Scarenzio fut condamnée et conspuée à Lyon, malgré tous mes efforts. Ce revirement auquel nous assistons tient à ce seul fait qu'on l'a essayée, le déni de justice devant durer autant que le déni d'expérience.

Dans mon mémoire de 1894, je faisais valoir en faveur de la méthode la préservation du foie qui retient une partie des médicaments ingérés, en même temps qu'il est altéré par eux, et la préservation de l'intestin sur lequel les effets de l'absorption du mercure ont été dénoncés dès longtemps par Lebresch, Cereux, et, plus récemment Pilliet et Letout. J'insisterai aujourd'hui sur la prompte absorption du mercure injecté sous forme de calomel (se retrouve deux ou trois heures après dans l'urine, et quatre à cinq heures après dans la salive, d'après Nicolech), et sa longue persistance dans ces sécrétions (plusieurs mois). Au contraire, les injections endo-veineuses le font apparaître après quarante minutes dans l'urine, une heure ou deux dans la salive, mais il en disparaît très promptement. L'idée théorique de Scarenzio, d'une élimination lente, reste donc parfaitement vérifiée ; cette transformation progressive est singulièrement hâtée par l'administration simultanée d'iodure.

On n'a pas à craindre la stomatite si les sujets ont de bonnes dents et de bons reins, et si l'on a soin d'espacer suffisamment les injections. Sur un très grand nombre d'injections, je n'ai vu qu'un seul cas sérieux, et qui guérit très bien.

Pour ce qui est des nodi et abcès, j'ai eu l'occasion de faire l'autopsie d'une femme qui fut emportée par une syphilis cérébrale et de retrouver d'anciens foyers. Un d'eux, logé au sein des fessiers, contenait un liquide crémeux, entouré d'une paroi d'apparence muqueuse, sans ombre d'inflammation périphérique. Ce liquide était composé de granulations graisseuses, de quelques leucocytes, avec des débris de fibrine. La paroi examinée par Pilliet, fut trouvée se rapprochant de celle de certains hématomes, ne déterminant pas des abcès vrais, mais des épanchements huileux, selon l'ancien langage, c'est-à-dire que la poche était tapissée d'une membrane pyogénique nette, mais très mince, et fournissant surtout du liquide. Quant au liquide, examiné par M. Girard, chimiste, il ne contenait pas trace de mercure. Ce foyer datait, au moment de l'examen, de trois mois environ. Ce fait vient à l'encontre de ceux dans lesquels la rupture de la poche amena des intoxications ou menaces d'intoxication. Rappelons que Scarenzio a indiqué l'emploi des injections de pilocarpine et le cathétérisme du canal de Sténon pour combattre les dangers de l'accumulation possible du mercure dans l'organisme.

Pratiquement, on choisira un excipient indifférent quelconque, pourvu qu'il soit très antiseptique. Les doses seront graduées scientifiquement, d'après le poids du corps, pour 50 kilogrammes, 4 centigrammes ; pour 80 kilogrammes, 10 centigrammes, et, dans l'intervalle, graduation d'après la résistance individuelle. Cette formule, que j'ai posée en 1894, a été accepté par Scarenzio, Nicolich, de Vecchi. Pour l'intervalle entre deux piqûres, rien d'absolument fixe ; on observe son malade, et on juge s'il faut onze jours ou vingt jours.

Les effets sont bien connus. La méthode se recommande surtout par la promptitude des modifications, leur intensité et leur persistance. Elle est remarquable dans les lésions invétérées, sèches ou ulcéreuses, contre lesquelles les traitements ordinaires, même les frictions, ont échoué. Elle est précieuse pour établir en huit jours un diagnostic, surtout dans les lésions linguales suspectes, pour dissiper le péril des encéphalopathies spécifiques. Enfin, j'en ai fait la base du traitement intense et précoce, dès l'apparition du chancre induré. Mon témoignage est basé sur une expérience de douze années, dont j'ai rendu témoins nombre de mes confrères, tant en ville qu'à l'hôpital Saint-Lazare.

M. Feulard. Jusqu'à présent, de la discussion il résulte que les abcès n'existent pas, que la stomatite n'est pas plus fréquente qu'avec les pilules ; reste la douleur qui, elle, existe, très variable.

M. Gastou, en compulsant 39 observations du service de M. le professeur Fournier, recueillies avec soin par MM. Keim, interne et Ramond et Chardin, externes du service, on arrive aux résultats suivants :

1° Sur 39 malades : 25 atteints de syphilis graves, soit par la malignité d'accidents précoces, soit par la gravité d'accidents tertiaires ou généralisés, ont guéri entre la 3e et la 8e injection de 5 centigrammes de calomel ; 14 atteints de syphilis nerveuse n'ont pas éprouvé, malgré ces injections multiples, d'amélioration manifeste.

2° Sur un total de 245 injections, il n'y a jamais eu d'abcès, 6 fois seulement la stomatite a nécessité l'arrêt du traitement. Chez la moitié des malades seulement, la douleur a été très vive ; dans la plupart des cas, les injections ont été bien supportées, à condition d'être faites profondément dans la partie la plus saillante de la fesse avec les soins d'antisepsie habituelle.

3° La douleur, variable d'un sujet à l'autre, d'une injection à la suivante chez le même sujet, semble dépendre, étant donnée la même technique, dans la majorité des cas, d'une prédisposition individuelle non encore déterminée ; quelquefois de la nature du liquide injecté. Cette cause de douleur est inconstante, puisque la même solution, servant à des malades différents et injectée au même point, provoque chez les uns, une douleur très vive, chez d'autres, à peine une sensation de gêne passagère.

4° Le bain pris immédiatement dans l'heure qui suit

l'injection, semble diminuer considérablement ou empêcher les phénomènes douloureux.

M. Abadie. La douleur n'est pas due à l'injection en elle-même, mais à la forte dose de substance injectée qui détermine une irritation locale. Il vaut mieux injecter 1 centigramme tous les deux jours. On ne sait jamais si une syphilis sera maligne ou bénigne. Il vaut mieux dès le début considérer la maladie comme grave et lui appliquer le traitement des cas graves.

M. Feulard. La syphilis grave étant en réalité celle qui tue plus tard, le mieux est de la traiter énergiquement dès le début alors même qu'elle semblerait bénigne.

La douleur est la même avec 3 centigrammes qu'avec 5. Si on injecte quelques centigrammes seulement à la fois, on perd l'avantage de ne faire revenir le malade que de temps en temps. En outre, les malades sont rebelles au traitement.

M. le Pr Fournier. On arrive ainsi à l'inutilité absolue du traitement.

MM. Thibierge et **Barthélemy** considèrent le traitement journalier comme impraticable et rappellent ce que dit à ce sujet M. le professeur Fournier dans son livre sur le traitement de la syphilis.

M. Mauriac. Je ne crois pas à l'influence préventive du traitement par les injections.

M. Abadie. C'est grâce à l'aiguille de platine que les injections sont devenues inoffensives. Il faut donc encore simplifier le traitement et arriver à ce que le malade puisse se faire lui-même des injections mercurielles, comme il se fait des injections de morphine.

Il faut pour cela la pratique des injections journalières d'un centigramme, faites sous la peau, et non intramusculaires.

M. le Pr Fournier. Je crois qu'il existe deux sortes de douleurs : une douleur immédiate, quelquefois très intense, mais rare, contre laquelle le bain immédiat peut avoir peut-être un bon effet.

L'autre douleur est celle qui survient vers le deuxième ou troisième jour après l'injection.

Pour ce qui est de l'albuminurie et de la néphrite chez les syphilitiques, les injections de calomel sont non seulement nécessaires, mais urgentes, indispensables; car il faut agir vite et avec ce qu'on a de plus fort.

M. Wickham présente des ampoules stérilisées d'une contenance d'un centimètre cube pour injections intramusculaires de calomel.

Ces ampoules, préparées par M. Cavaillès, contiennent 10 centigrammes et demi de calomel. Ce demi-centigramme représentant le calomel qui reste adhérent au verre.

Pour l'usage on secoue fortement le liquide, puis on brise une extrémité et on aspire lentement avec l'aiguille introduite dans l'ouverture.

Ces ampoules ne servent que pour une injection et on réalise ainsi une asepsie parfaite. D. Gastou.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE

27 janvier 1896.

Traitement de la syphilis de l'enfant par l'emplâtre au calomel de Quinquaud. — **H. Gillet.** Pour traiter la syphilis, Quinquaud [1] a proposé une méthode, qui consiste à supprimer toute ingurgitation de médicaments. Tout le traitement repose sur l'application purement externe d'un composé mercuriel, le calomel, sous forme d'emplâtre. Cet emplâtre se compose de :

Emplâtre diachylon.	3.000	parties.
Calomel à la vapeur	1.000	—
Huile de ricin	300	—

Chaque décimètre d'emplâtre ainsi fabriqué contient environ 1 gr. 20 de calomel.

Quinquaud a démontré que le calomel solubilisé par sa transformation en sublimé, est régulièrement absorbé, comme le prouve l'analyse de l'urine. La pile à lame d'or décèle le mercure dans cette urine. Cliniquement, on voit sous l'influence de l'emplâtre au calomel, les accidents spécifiques disparaître.

Quinquaud n'a étudié sa méthode que chez les adultes, à l'hôpital Saint-Louis.

Depuis 1890, j'ai eu l'occasion suivant les conseils de mon très regretté maître, de faire bénéficier les petits syphilitiques de ce traitement purement externe. J'ai déjà publié une note sur ce sujet [2], où j'ai réuni 13 observations.

Si je reviens aujourd'hui sur ce sujet, ce n'est pas seulement pour faire une simple réédition.

J'ai traité de la façon indiquée de nouveaux malades au nombre de 4; sur les anciens, j'ai pu continuer à en suivre 3, jusqu'à l'heure actuelle.

Sur les 4 nouveaux, j'en ai perdu un, le second jour. C'était un enfant cachectique, à foie gros, avec une malformation de l'iris. C'était le frère puîné d'une autre enfant antérieurement traitée et vivante, et dont je reparlerai à propos des malades anciens.

Les 3 autres ont vu disparaître toute trace cutanée de leur syphilis, l'un après l'application de deux emplâtres à huit jours de distance, soit en quinze jours, les autres au troisième et au quatrième emplâtre.

Des anciens malades, la sœur déjà mentionnée, âgée de quatre ans et demi, a présenté dernièrement de la kératite parenchymateuse, et est, de nouveau, soumise au traitement. Bon état général.

Un autre, un garçon, chétif, dont j'ai toujours eu des nouvelles et que j'ai revu, a eu des adénopathies et une poussée méningitique, prise pour de la tuberculose, mais guéri, quoique très amaigri, par l'iodure à haute dose.

Le troisième sujet, une fille, n'a depuis son traitement eu que quelques troubles nerveux, sommeil agité, constipation. État général satisfaisant. Elle a cinq ans; elle avait six semaines lorsqu'elle a été traitée pour sa syphilis.

Deux enfants, l'un nourrisson, syphilitique héréditaire, l'autre de trois ans, atteint de syphilis acquise, ont été rapidement enlevés à l'épidémie de grippe de 1889-1890, en général bénigne pour les enfants.

Ces quelques détails attireront, je pense, votre attention sur cette méthode, dont les résultats valent absolument ceux qu'on obtient par les traitements anciens les mieux conduits.

La méthode de traitement de la syphilis infantile par l'emplâtre au calomel de Quinquaud semble se recommander par sa facilité, une simple application d'emplâtre, par la sécurité qu'on a que le traitement est sûrement et régulièrement fait, par sa continuité même, réglée par l'absorption cutanée.

Voici maintenant le dosage particulier à l'enfance, dosage qui a une très grande importance pratique.

Chez l'enfant, la longueur de l'emplâtre doit excéder non pas relativement, mais absolument, celle qu'on emploie chez l'adulte. Au lieu de 10 sur 15, maximum chez l'homme adulte, on peut, on doit aller jusqu'à 10 sur 20, 15 sur 30 et plus, chez les tout jeunes enfants, non seulement sans inconvénient aucun, mais au grand profit des petits syphilitiques ainsi traités.

En même temps qu'à l'enfant, il est bon d'appliquer un emplâtre de même nature à la mère qui l'allaite.

Tous les huit jours, on enlève l'emplâtre, on lave la place et on en pose un autre sur une autre région.

Si pendant les huit jours d'application, l'emplâtre devient trop sale, on le change. Parfois, en effet, la chaleur de la peau fait transsuder la masse emplastique à travers la trame de l'étoffe.

On applique à l'enfant l'emplâtre, non comme à l'adulte sur le côté, à la région de la rate et du foie, mais en large demi-ceinture en arrière ou en avant, au besoin sur le thorax, pour ne pas faire deux applications consécutives à la même place.

La seule conséquence de l'application peut être d'entraîner chez l'enfant un peu de desquamation au-dessous de l'emplâtre, par macération de l'épiderme, mais sans éruption d'aucune sorte, ni sous l'emplâtre, ni autour de ce topique, d'après les faits observés.

1. Quinquaud. — *Annales de dermatologie*, 1890.
2. H. Gillet. — *Annales de la Policlinique de Paris*, mars 1892.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

Le cas de **tumeur intra-thoracique** communiqué par **M. Schwalbe** à la *Société de médecine interne de Berlin* (séance du 13 janvier) est un exemple de l'évolution latente ou plutôt à symptomatologie incomplète des néoplasmes qui se développent dans le médiastin ou aux dépens des poumons. Dans ce cas notamment où l'autopsie montre l'existence d'un volumineux cancer du poumon, le malade n'a présenté, à aucun moment, ni dyspnée, ni suffocation. L'observation mérite donc d'être citée.

En deux mots, il s'agit d'un homme de cinquante-neuf ans qui entra à l'hôpital pour un vieux catarrhe de l'estomac. Au cours du traitement, il est pris d'une paralysie du récurrent gauche avec tuméfaction et œdème du membre supérieur du même côté. L'examen du thorax pratiqué à ce moment montra alors l'existence d'une matité, en avant, sous la clavicule gauche jusqu'au milieu du sternum, et en arrière, au niveau de la base du poumon gauche; l'espace de Traube était mat à la percussion. Le cœur est resté en place, seulement ses battements étaient perçus d'une façon peu nette.

Pour fixer le diagnostic, on fit avec une seringue de Pravaz une ponction exploratrice au niveau du 8e espace intercostal, en arrière, et comme on retira un peu de liquide sanguinolent, on n'hésita pas à porter le diagnostic de cancer du poumon ou de la plèvre. Une ponction aspiratrice faite le même jour, amena 2 litres de liquide sanguinolent, sans faire disparaître la matité sous-claviculaire. Quelque temps après, le malade succombait aux progrès de sa cachexie.

A l'autopsie, on trouva le poumon gauche très adhérent à la cage thoracique et coiffé, à son sommet, par une masse cancéreuse du volume de deux poings d'adulte. La tumeur englobait le nerf récurrent et avait en partie passé dans la grosse bronche du côté gauche. L'examen histologique montra que la tumeur était un sarcome à grosses cellules fusiformes.

Une autre observation intéressante à noter est celle que **M. Gottschalk** a rapportée avec le titre de **pyosalpinx et ulcère latent de l'estomac.** La coïncidence de ces deux états pathologiques chez le même individu est le seul fait saillant du cas clinique qui se rapporte à une jeune femme de vingt-cinq ans opérée par M. Gottschalk, avec succès, par la voie vaginale. Elle était parfaitement convalescente, lorsqu'au vingt et unième jour après l'intervention, elle a été prise brusquement et pour la première fois d'une hématémèse violente avec mélœna; l'hémorrhagie se renouvela les jours suivants, l'intolérance stomacale devint absolue et la malade finit par succomber quinze jours environ après sa première hématémèse.

A l'autopsie, on trouva un ulcère de l'estomac avec, au centre, un vaisseau béant; un autre ulcère, celui-là cicatrisé siégeait dans le duodénum. La vésicule biliaire enfin contenait plusieurs vésicules. Toutes ces lésions, cholélithiase, ulcère du duodénum, ulcère de l'estomac n'ont jamais provoqué le moindre symptôme, à part ceux qui ont éclaté après l'intervention.

M. Mendelsohn, l'adversaire résolu de la bicyclette, est revenu sur sa première communication, les **dangers de la bicyclette**, cette fois, pour signaler d'une façon toute particulière les accidents qui peuvent survenir du côté du cœur. La bicyclette active, d'après M. Mendelsohn, la circulation veineuse; une quantité considérable de sang veineux pénètre dans le cœur droit qui ne peut s'en débarrasser totalement, à chacune de ses contractions, le déplissement des poumons se faisant mal chez le coureur; dès lors, le cœur se laisse distendre, devient insuffisant, et comme résultat final, on a la mort subite. Pour la même raison, la bicyclette doit être proscrite chez les vieillards qui, tous ou presque tous, ont de l'artério-sclérose, et chez les enfants dont le squelette encore malléable, peut garder définitivement les déformations que produit la position, toujours défectueuse du coureur sur la selle.

A la *Société de médecine berlinoise* (séance du 15 janvier) on a abordé la discussion d'une question fort intéressante, celle de la **maladie de Barlow.** Malheureusement, tout s'est limité à un simple énoncé de cas ayant tant et tant de guérisons, et tant et tant de morts. Or, l'intérêt de la maladie de Barlow est bien moins dans les statistiques que dans la pathogénie.

Nos lecteurs savent que la maladie de Barlow s'observe chez des nourrissons nourris avec du lait stérilisé ou des farines lactées, et consiste essentiellement en l'apparition des hématomes sous-périostés avec endolorissement de tout le squelette, ulcérations et hémorrhagies gingivales, anémie, avec état général mauvais. L'ensemble de symptômes, qui rappelle beaucoup le scorbut, disparaît quand le malade est soumis à une hygiène rationnelle, quand on remplace le lait stérilisé ou les farines lactées par du lait de vache, de la viande râpée, du jus de citron, quelquefois de l'huile de foie de morue. Le seul point intéressant de la question, le seul dont on s'occupe depuis deux ans, est celui de savoir si la maladie de Barlow est du scorbut commun, comme pensent les uns, ou si elle est une manifestation du rachitisme aigu comme l'affirment d'autres. Or, ce point a été complètement laissé de côté dans la discussion qui eut lieu à la Société de médecine berlinoise et où MM. **Meyer**, **Hamburger**, **Cassel**, **Baginsky** ont cité qui, quatre cas avec deux morts, qui trois cas avec une mort, qui trois cas avec trois guérisons, etc.

AUTRICHE

La communication faite par **M. Englisch** à la *Société império-royale des médecins de Vienne* (*séance du 17 janvier*) sur le **traitement de l'hypertrophie de la prostate par la ligature des canaux déférents** est faite sur le même plan que celle de M. Guyon au dernier Congrès de chirurgie. On y retrouve les considérations bien connues sur les inconvénients de la castration, la relation des expériences et des faits cliniques qui ont montré l'effet que la ligature ou la section du cordon spermatique exercent sur la prostate sans toucher au testicule, les facilités techniques comparées à celles de la castration ou d'autres interventions, etc., etc. Ce qu'il y a d'intéressant dans cette communication, c'est la statistique et un fait personnel.

Le fait personnel est tout à fait en faveur de la nouvelle opération. Un homme de soixante-sept ans, vieux prostatique qui depuis longtemps vide mal sa vessie, est pris d'une rétention complète d'urine. On le sonde, puis on pratique au thermocautère la section des deux canaux déférents. Neuf jours après, le malade pouvait déjà uriner spontanément et le cathétérisme de contrôle montre que la vessie se vidait complètement.

Quant à la statistique réunie par M. Englisch, elle porte sur 102 cas de résection des canaux déférents pour hypertrophie de la prostate : 43 fois on a obtenu une diminution de la prostate avec disparition des phénomènes vésicaux et urinaires, 49 fois une amélioration du syndrome urinaire, mais sans diminution parallèle de la prostate.

Disons enfin que M. Englisch a traité quatre prostatiques par l'ingestion de tablettes de prostate de bœuf et que ce traitement, un des plus rationnels par le temps qui court, lui a donné deux fois une diminution de la prostate et deux fois une amélioration des troubles urinaires. L'opothérapie triomphe donc sur toute la ligne!

Autre question d'actualité : le **traitement de la syphilis par la sérothérapie**, soulevée au *Club médical de Vienne* (*séance du 15 janvier*) par **M. Neumann.** C'est, à s'y méprendre, la communication faite il y a

quatre ou cinq mois par M. Richet à la Société de biologie. Du sérum d'agneau ou bien encore du sérum de syphilitiques tertiaires, ont été injectés à des syphilitiques qui se trouvaient à la première ou à la deuxième ou à la troisième période de leur syphilis. Ces injections n'ont donné aucun résultat précis, si ce n'est une réaction locale au niveau des gommes avec du sérum syphilitique, mais autrement pas de cicatrisation du chancre, pas de retard dans l'apparition de la roséole, pas de disparition des gommes. En homme prudent, M. Neumann ne dit pourtant pas tout cru que la sérothérapie ne donne rien dans la syphilis : il croit qu'il faut poursuivre les expériences et quand on aura une statistique fournie on pourra dire ce que feront dire les chiffres.

RUSSIE

A la *Société de médecine d'enfants de Moscou*, le professeur **Filatoff** a fait une communication sur un cas d'**ataxie aiguë**. Il s'agit d'une fillette de sept ans entrée à l'hôpital pour faiblesse générale et troubles de la parole et des mouvements. Elle est d'une famille bien portante et n'a jamais été atteinte auparavant d'aucune affection nerveuse. Au mois de mai 1895, elle fut atteinte d'une coqueluche assez grave compliquée de pneumonie; au mois de juin, lorsque l'état pulmonaire s'était amélioré, survint une série d'accidents cérébraux graves : vomissements, perte de conscience, somnolence, convulsions générales. Vers le mois de septembre, tous ces accidents disparurent, mais laissèrent des troubles considérables : l'enfant ne pouvait ni marcher ni rester assise; tous les mouvements étaient très faibles et la parole troublée. Cet état s'est amélioré petit à petit. Habituellement, la fillette ne peut pas rester debout et ne marche que lorsqu'on la soutient. L'ectasie est plus prononcée dans les extrémités inférieures que dans les supérieures. La pupille, la vue et l'ouïe sont normales. Il n'y a ni atrophie, ni faiblesse musculaire, les réflexes sont exagérés, mais toutes les formes de la sensibilité sont à l'état normal. La parole est scandée; la nutrition générale est satisfaisante. Filatoff pense qu'il s'agit, dans ce cas, d'une ataxie d'origine centrale; les réflexes exagérés la parole scandée, ainsi que les accidents cérébraux dont l'enfant a été atteinte, parlent, d'après lui, en faveur de cette hypothèse.

Mourahoff penche pour une **ataxie d'origine périphérique**. L'exagération des réflexes sans rigidité, mais avec diminution du tonus musculaire (comme dans ce cas) n'est pas admissible dans une affection d'origine centrale où cette exagération se trouve en rapport avec la dégénérescence du faisceau pyramidal. Il faut faire entrer dans le tableau clinique de la névrite non seulement les accidents locaux produits par les troubles survenus dans le nerf malade, mais encore les accidents réflexes centraux. On ne saurait d'autre part admettre chez cette enfant une encéphalo-méningite ou une sclérose diffuse; dans cette dernière, il n'y a pas de rigidité.

La **diphtérie oculaire** étant une affection très rare et son traitement par le sérum antidiphtéritique n'ayant été appliqué que dans très peu de cas (une vingtaine), la communication faite à la même Société par **Evetgky** sur ce sujet mérite d'attirer l'attention. L'auteur rapporte deux cas de cette affection. Dans le premier, il s'agit d'un enfant âgé d'un an, malade depuis une semaine environ. Les paupières de l'œil gauche sont très tuméfiées; la muqueuse est recouverte d'un exsudat fibreux très épais qui s'enlève facilement; la muqueuse elle-même *n'est que tuméfiée*. L'examen bactériologique de l'exsudat a montré des bacilles de Löffler très caractéristiques, dont la nature spécifique fut du reste démontre par des cultures et des inoculations. Première injection de 5 grammes de sérum sous la peau du ventre, pas de résultat; le jour suivant, nouvelle injection de 5 grammes, amélioration considérable dès le lendemain : l'exsudat diminue, l'enfant commence à ouvrir l'œil malade. Le surlendemain, guérison complète. Cet enfant fut examiné de nouveau deux mois et demi après, la guérison s'est maintenue. Le deuxième cas concerne un enfant de trois ans et demi, apporté à l'hôpital le treizième jour de la maladie. Les deux yeux sont atteints. L'examen bactériologique donna le même résultat. Deux injections amenèrent une guérison complète en quatre jours.

Dans les cas de **myélite par compression** où la suspension est difficile ou impossible, **M. B. Verotinsky** a eu recours à l'extension de la moelle qui lui a donné des résultats très satisfaisants; disparition de la paralysie et des troubles sphinctériens : aussi, a-t-il communiqué à la *Société de l'hôpital départemental de Kazan* son procédé. Le malade étant étendu sur le lit, dans le décubitus dorsal, on lui met une sorte de collier et des sous-bras desquels partent des courroies se terminant par des anneaux; dans ces anneaux, on fait passer des cordes portant des poids et passant dans des poulies; le poids du corps du malade forme la contre-extension. Le poids employé est en moyenne de 35 à 40 livres. Les malades restaient dans cette position le plus longtemps possible et ne la quittaient que la nuit. Pour obtenir des résultats favorables, il faut appliquer l'extension pendant plusieurs mois. L'auteur rapporte deux des nombreux cas qu'il a ainsi traités avec succès. Le procédé se recommande par sa simplicité et la facilité de l'application.

Répertoire thérapeutique

L'Eucalyptéol. — Les propriétés de l'eucalyptus, remède populaire en Espagne et en Algérie, sont aussi nombreuses qu'incontestées; malheureusement, on ne retrouve pas les qualités de premier ordre de la plante dans ses nombreuses préparations. C'est ainsi que les teintures, l'essence, l'eucalyptéol même le plus pur, exercent plus ou moins rapidement sur les voies digestives une action des plus irritantes, et causent des troubles locaux puis généraux qui forçent à en cesser l'emploi.

Pour pouvoir utiliser les précieuses qualités thérapeutiques de l'eucalyptus, il fallait une préparation capable de répondre aux *desiderata* de la pharmacologie moderne, c'est-à-dire une composition qui soit stable et dont l'activité fût toujours la même. En outre de ces deux qualités, il était absolument nécessaire que ce nouveau corps fût parfaitement toléré par le tube digestif, par conséquent qu'il n'ait pas cette action irritante, reprochée, à si juste titre, aux préparations d'eucalyptus généralement employées.

C'est en poursuivant des recherches dans cet ordre d'idées, qu'un pharmacien des plus distingués, M. Anthoine, est arrivé à préparer d'une façon courante, un produit nouveau cristallisé, auquel il a donné le nom d'*Eucalyptéol*, et dont on trouvera l'étude complète dans le *Journal de pharmacie et de chimie* du 1er novembre 1892. A la même époque, le docteur Lafage, présentait à la Société de thérapeutique un mémoire sur l'emploi de l'eucalyptéol et publiait sur le même sujet deux articles dans le *Bulletin général de thérapeutique*.

De plus de nombreuses expériences physiologiques ont été faites au laboratoire de physiologie de la Faculté, par le Dr Lully qui les a reproduites dans sa thèse inaugurale.

L'ensemble de ces travaux permet de bien définir ce qu'est, au point de vue pharmacologique, l'eucalyptéol et d'en formuler les principales indications thérapeutiques.

L'eucalyptéol, obtenu par l'action directe de l'acide chlorhydrique liquide sur l'essence d'eucalyptus, se présente sous la forme de lamelles micacées d'une blancheur éclatante, d'une odeur faible *sui generis*. Facilement soluble dans l'éther, le chloroforme, les huiles grasses et volatiles, l'éther de pétrole, l'alcool; il est presque insoluble dans l'eau

L'eucalyptéol, quelle que soit la voie employée, est éliminé par l'air expiré des sécrétions bronchiques et salivaires d'un côté, les urines et les produits d'excrétion et de sécrétion du tube digestif de l'autre.

De l'étude physiologique et de l'action de l'eucalyptéol sur les ferments digestifs, il était facile de prévoir qu'en outre des effets bien connus des nombreuses préparations d'eucalyptus, il jouirait de propriétés nouvelles et rendrait des services toutes les fois que l'antisepsie interne serait indiquée. En effet, ces présomptions, ont été entièrement confirmées par de nombreux essais cliniques qui ont porté soit sur des maladies des voies respiratoires, soit sur des maladies du tube digestif.

Affections des voies respiratoires. — L'élimination de l'eucalyptéol par la surface pulmonaire, d'une part, et son action bien déterminée sur les phénomènes septiques, d'autre part, fournissaient une indication rationnelle de cette substance dans la tuberculose pulmonaire.

L'eucalyptéol modifie rapidement, comme l'ont observé les docteurs Rémond (de Metz), et Lully, les troubles de sécrétion bronchique et les inflammations chroniques qui accompagnent la tuberculose.

Le médicament, sans action spécifique sur la lésion pulmonaire, fait cesser la toux, la dyspnée, diminue la sécrétion bronchique, fait disparaître les sueurs nocturnes et la fièvre. Il est généralement efficace toutes les fois qu'il s'agit de combattre la fétidité de l'haleine et des crachats.

Enfin, il guérit rapidement la diarrhée si fréquente chez les tuberculeux.

Mais c'est surtout dans les *bronchites* que l'eucalyptéol trouve son application. Sous son influence, cette variété d'affections thoraciques se modifie très heureusement, l'expectoration diminue rapidement pour disparaître bientôt, la toux se calme et, en même temps que les râles disparaissent, les bronches reprennent leur perméabilité.

Dans le catarrhe simple, dans le vulgaire rhume et dans la bronchite aiguë, administré dès le début, il est le calmant par excellence de la toux et fait disparaître rapidement cette sensation si pénible qui accompagne l'inflammation de la muqueuse des premières voies respiratoires. Pris à une période plus avancée de la maladie, il rend dans l'espace de vingt-quatre à trente-six heures l'expectoration plus facile et la supprime en quatre ou cinq jours.

Dans les broncho-pneumonies, il produit très vite un grand soulagement et la guérison a paru plus rapide qu'avec les moyens ordinaires. Dans un cas de pneumonie cité par le Dr Lully, l'eucalyptéol a fait disparaître rapidement la diarrhée et a mis de la sorte le malade dans des conditions plus favorables.

Pendant les épidémies de grippe ou d'influenza de ces dernières années, l'occasion s'est fréquemment présentée d'employer l'eucalyptéol, qui a donné d'excellents résultats dans les complications thoraciques de cette maladie. On a pu constater, dans la plupart des cas, une grande amélioration et la disparition des phénomènes thoraciques en très peu de jours. La guérison a été, le plus souvent, obtenue avec une rapidité qui n'a pas été signalée dans cette maladie infectieuse.

On a remarqué qu'en pleine épidémie l'eucalyptéol administré comme moyen préventif, dès l'apparition des premiers symptômes, réussissait assez souvent à enrayer la maladie.

Affections du tube digestif. — L'eucalyptéol ne produit aucun trouble sur l'estomac qu'il ne fait, pour ainsi dire, que traverser, mais où il exerce cependant une action antiseptique manifeste.

C'est dans le milieu intestinal essentiellement favorable à sa décomposition qu'il a son maximum d'effet. En présence des liquides alcalins qu'il y rencontre et sous l'influence de la température, il se dissocie lentement et très facilement pour former des chlorures alcalins et un hydrate de carbure à l'état naissant, conditions des plus favorables à son absorption. Grâce à cette dissociation toute particulière, même avec des doses minimes de 50 centigrammes à 1 gramme par jour, à la condition qu'on l'administre pendant un temps suffisamment long, l'eucalyptéol exerce une action lente et continue sur l'économie tout entière dans laquelle il se trouve entraîné. Cette action se fait sentir en même temps et d'une façon directe, sur le contenu de l'intestin dans lequel sa présence se révèle par une odeur aromatique prononcée.

On pouvait se demander, à ce sujet, si l'eucalyptéol agissait seulement comme désodorisant sur les *secreta* et les *excreta* du tube digestif. Les études physiologiques et cliniques permettent de résoudre la question; on peut affirmer, sans crainte, qu'en outre de son pouvoir désodorisant très manifeste, il possède de réelles propriétés antiseptiques.

Ces propriétés ont été mises à profit dans les affections intestinales, particulièrement dans la fièvre typhoïde, la diarrhée cholériforme, la diarrhée verte des enfants et les diarrhées saisonnières.

Dans la fièvre typhoïde, l'eucalyptéol stérilise l'intestin et diminue la fréquence des selles et leur fait perdre leur odeur infecte. C'est par une action analogue qu'il agit sur la diarrhée cholériforme et sur la diarrhée verte des enfants; dans cette dernière affection, il s'est montré supérieur à d'autres antiseptiques tels que le salicylate de bismuth, le salol, le naphtol et même l'acide lactique.

En somme, l'eucalyptéol constitue un corps nettement défini, complètement inoffensif et très facilement toléré par l'estomac, sur lequel il n'exerce aucune action irritante.

C'est un produit nouveau qui réunit les deux conditions essentielles que doit respecter tout bon antiseptique, c'est-à-dire de ne pas nuire à l'organisme animal et de pouvoir être administré à une dose susceptible d'agir contre les organismes infectieux.

Par son innocuité, l'eucalyptéol remplit la première des conditions; il répond à la deuxième par la raison qu'il peut toujours être administré sans inconvénients à la dose nécessaire pour agir directement sur les microorganismes, et que son emploi peut être prolongé très longtemps.

Ses applications sont donc des plus justifiées dans les affections broncho-pulmonaires comme *modificateur par excellence des sécrétions et antiseptique des voies respiratoires*, et dans les maladies microbiennes du tube digestif comme *antiseptique intestinal*.

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Les matières premières qui concourent à la préparation de cet Elixir sont : la viande crue, l'eau-de-vie et les écorces d'oranges amères. Aux malades qui ne peuvent vaincre leur répugnance pour les aliments, aux Phtisiques, aux Anémiques, aux Cancéreux, il réussit constamment.
4 à 8 cuillerées par jour selon les cas. — *Paris, 20, place des Vosges et Pharmacies.*

TUBERCULOSES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ
Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr de sel de chaux.
LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES

Anticatarrhale et **Antiseptique**, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et **Reconstituante**, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris ET PHARMACIES.

FER QUEVENNE — Seul Fer réduit approuvé par l'*ACADÉMIE de MÉDECINE* 14, r. Beaux-Arts, Paris. — une expérience de 50 ANNÉES a confirmé sa supériorité — *Poudre Dragées Pastilles*

GLYCÉROPHOSPHATES
Phosphate vital de JACQUEMAIRE

Identique à celui de l'organisme. Entièrement assimilable, à base de CHAUX, de SOUDE ou de FER (1° SOLUT. GAZEUSE; 2° GRANULÉ; 3° SOL. INJECTABLE; 4° SIROP;) Indiqué dans: *NEURASTHÉNIE, PHOSPHATURIE, ALBUMINURIE, PHTISIE, ANÉMIE, Maladies des ENFANTS, CONVALESCENCES*, etc.
SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS
L. JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1re Classe, à VILLEFRANCHE (Rhône) et toutes Pharmacies.

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF
DÉSINFECTANT ANTIDIPHTHÉRIQUE
CICATRISANT LES PLAIES
Admis dans les hôpitaux de Paris et de la Marine militaire française
PREUVE IRRÉCUSABLE DE SES QUALITÉS
Très efficace contre les **Anthrax**, **Cancers**, **Gangrènes**, **Angines couenneuses**, **Pityriasis**, **Leucorrhée**, **Suites d'accouchements**, etc.
SE DÉFIER DES IMITATIONS

Granules de Catillon — 2 à 4 par jour produisent une **diurèse rapide** relèvent le **cœur** affaibli, dissipent **ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES**
A 1 MILLIGR. D'EXTRAIT TITRE DE **STROPHANTUS**
Usage continu sans inconvénient ni intolérance.
EXIGER LA MARQUE. Paris, 3, Boul[t] St-Martin.

CRÉOSOTAL HEYDEN

Contenant **92 0/0** de Créosote de Hêtre pure et **8 0/0** d'Acide carbonique

Seul moyen d'administrer la Créosote de Hêtre à hautes doses sans fatiguer l'estomac, 2 à 3 cuillerées à café par jour.

CACHET DE GARANTIE HH

EXIGER LE CACHET DE GARANTIE " HEYDEN "

AVIS. — C'est la première et seule préparation qui ait été expérimentée dans les hôpitaux et qui ait donné des résultats très satisfaisants pour la guérison de la **TUBERCULOSE.**

VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES

DÉPOT CENTRAL :
FUMOUZE-ALBESPEYRES, 78, Faubourg Saint-Denis, PARIS.
DÉTAIL : Pharmacie **CHAUMEL DU PLANCHAT, 87, Rue Lafayette, PARIS.**